

## ПРЕСКЛИПИНГ

18 юли 2019 г., четвъртък

[www.bnt.bg](http://www.bnt.bg) ТС "www.bnt.bg" \f C \l "1" , 17.07.2019 г.

<http://news.bnt.bg/bg/a/nov-zdraven-model-komentar-na-d-r-mariya-petrova-i-d-r-stoycho-katsarov>

### Нов здравен модел - коментар на д-р Мария Петрова и д-р Стойчо Кацаров

Продължаваме да говорим за новия здравен модел, предложен от ресорното министерство. Основният въпрос - ще получат ли пациентите по-добро лечение, ако моделът бъде приет?

**Гости в Сутрешния блок на БНТ по темата бяха д-р Мария Петрова, адвокат по медицинско право, и д-р Стойчо Кацаров, председател на Центъра за защита на правата в здравеопазването.**

Мария Петрова каза, че е силно скептична дали моделът може да бъде реализиран чисто нормативно, особено в кратките срокове, които министерството е заложило. Тя призова за информираност, за да е ясно в кой от пакетите какво влиза.

Стойчо Кацаров каза, че е силен привърженик на демонополизацията на Здравната каса, което според него ще е в интерес на пациентите, които ще могат да избират къде да влягат парите си за здраве и да избират различни пакети от услуги. В сегашната система в центъра са министърът и НЗОК, а не пациентите, коментира той.

[www.skener.news](http://www.skener.news), 17.07.2019 г. ТС "www.skener.news" \f C \l "1"

<http://skener.news/2019/07/17/блс-заплаши-от-тихи-и-културни-може-да/>

### БЛС заплаши: От тихи и културни, може да станем много бурни

*Съсловната организация не е съгласна с последния вариант за реформа, при който на практика тя е изключена*

Макар да сме тихи и културни, в един момент може да станем много бурни и тогава спира да се говори за всякаква реформа и започваме да се чудим как да прилагаме палиативни мерки, за да успокоим ситуацията, заплаши председателят на Българския лекарски съюз (БЛС) д-р Иван Маджаров. „Не може по този начин да си играят с нервите на изпълнителите на медицинска помощ. Да говорят за качество без да се повишават цените, без да се увеличава вноската, без да се свива пакета и лекарите и сестрите да плащат. Ние не сме съгласни“, коментира пред БНР д-р Маджаров последния вариант за смяна на модела на здравното осигуряване, представен в понеделник от министър Кирил Ананиев.

„Какви проблеми предлагат да се решат с демонополизацията на касата? Надеждата е само евентуално да се подобри контрола при разходване на средства, при положение, че и досега не е направено достатъчно за този контрол. Когато сме направили всичко да изчерпим възможностите на сега действащата система, тогава можем да говорим така смело за предимствата на демонополизацията“, посочи председателят на БЛС. По думите му едно е да се говори за фондове, които да поемат услуги, които са извън основния пакет и които не застрашават работата на системата в момента, а друго – с един замах да се премахне всичко до момента и демонополизацията да се случи с едно щракване на пръстите.

„Не бива да забравяме какво ни препоръчва СЗО и най-вече, че не ни препоръчват да правим това, защото съзират много повече опасности, отколкото позитиви. Проблемите, с които се сблъскваме всекидневно и включват дори и протестите на медицинските сестри, са свързани с неравномерното разпределение на болничната и извънболничната медицинска помощ. Това са неща от практиката и не са свързани с демонополизацията на НЗОК, а с промяна в регионалното развитие на системата на здравеопазването. На всички е ясно, че конкуренция във Видин няма и при това положение държавата трябва да реши как да осигури със здравни услуги живеещото там население“, каза още д-р Маджаров.

Според него, някои съветници на министъра се опитват да внушат, че договарянето с отделните лечебни заведения или отделните лекари е по-добро, отколкото някой предварително да сложи рамка. „Много по-лесно е да извиваш ръцете и да изнудваш индивидуални играчи, отколкото да наложиш на цяла организация, която има 28 офиса в страната, има Събор, на който взема решения. Това се прави с прозрачната цел застрахователните фондове да бъдат с развързани ръце“, коментира Маджаров идеята всеки фонд да се договаря сам с болниците и джипитата са обема и цените на дейностите, което на практика изключва БЛС като основен играч в сектора. Той уточни, че истинската роля на съсловната организация е да слага рамката, която ще гарантира, че ще има заплащане за лекарите и сестрите. Друг е въпросът дали досега съсловната организация добре се е справяла с тази задача, при условие, че повечето клинични пътеки са недофинансирани, а пари за по-високи заплати в болниците няма.

Председателят на БЛС е категоричен, че основният пакет от здравни услуги трябва да се свие, но никой няма кураж да го направи. „Той или е за сметка на лекарите, или на пациентите, когато го плащат под масата. Лицемерно е твърдението, че целия пакет е безплатен. При сега съществуващите цени, за да се спре доплащането по този основен пакет, означава да намалим заплащането на дейностите. В сегашната ситуация имаме доплащане, защото тези дейности са недофинансирани. Дори да предположим, че фондовете успеят да овладеят голям брой хоспитализации, това е не повече от 10%, а в модела са заложили 15-20% предварителни разходи. Дори спестяването от хоспитализации няма да може да покрие първоначалната инвестиция, която да отиде за гаранционни фондове, за риск“, подчерта д-р Маджаров.

По думите му това, с което ще се сблъскат българските пациенти, ако се приеме този модел е, че фондът ще им казва къде да се лекуват, независимо от това дали те искат там или не, а и можело да се окаже, че веднъж постъпили за лечение, фондът няма да плати, защото преценява, че няма необходимост. „С демонополизацията се измества тежестта от главния проблем – липсата на лекари и сестри“, добави д-р Маджаров.



ТС "В. Монитор" \f C \l "1"  
18.07.2019 г., с. 12

### **Лекарският съюз скочи срещу новия здравен модел**

Лекарският съюз скочи срещу новия здравно-осигурителен модел, който беше представен в понеделник от министър Кирил Ананиев.

"Категорично заявявам, че задължително основният пакет от медицински дейности трябва да бъде придружен с рамково договаряне за основни минимални цени, които трябва да бъдат осигурени на доставчиците на медицински услуги. Недопустимо е да се предлага отделни лекари -общопрактикуващи, лекари от специализираната медицинска помощ и отделни болници, да се договарят самостоятелно с много по-мощни от тях

структури, каквито са застрахователните фондове", заяви председателят на съсловната организация д-р Иван Маджаров.

Новият здравен модел предвижда частни застрахователни фондове да се конкурират с НЗОК. Увеличение на здравната вноска не се предвижда - тя остава 8%. Пациентите обаче ще могат да избират къде да отиват парите им - в Здравната каса или в частен фонд. Проектът предвижда частните фондове да се конкурират с държавната здравна каса (НЗОК) и за основния пакет на лечение, който се покрива от задължителните осигурителни вноски.

"При условие, че всички застрахователи и касата ще получават равна вноска, т.е. конкуренция по отношение на това - кой, какви пари носи на фондовете няма да има, явно се надяваме, че всеки застраховател, добре управлявайки своите средства, контролирайки разхода и това дали наистина е било необходимо даденото лечение, ще бъде по-ефективен от НЗОК и съответно ще може да предложи по-добри условия на своите пациенти. Това обаче не трябва да става за сметка на изкуствено занижаване и на сега ниските цени", коментира още д-р Маджаров.

[www.zdrave.net](http://www.zdrave.net), 17.07.2019 г. ТС "www.zdrave.net" \f C \l "1"  
<https://www.zdrave.net/-/n10074>

#### **Д-р Илко Семерджиев: Новият модел ще ограничи достъпа до здравна услуга**

"През 2020 г., според тригодишната бюджетна прогноза, НЗОК ще акумулира 4.6 млрд. лв. за здравеопазване, които се явяват апетитна възможност за трансфер в банковите сметки на избрани застрахователи, но на ентузиазираниите защитници на „демонополизацията“ трябва да е ясно, че най-много до 55 - 58% от тях ще бъдат разходвани за лечение на болни хора – такава е структурата на застрахователните финанси“. Това каза в интервю за сайта Гласове бившият здравен министър д-р Илко Семерджиев по повод идеята за нов здравен модел, представена в понеделник.

Той допълни, че НЗОК плаща за лечение над 98% от тези пари т.е. средствата за медицинска помощ, които ще дойдат от застрахователите, ако „моделът“ стартира, ще намалее с около 40%, което представлява около 2 млрд. лв. по-малко.

Според него това ще ограничи достъпа до здравеопазване за хората, ще намалее приходите на лечебните заведения, оттам ще се сринат доходите на лекари, медицински сестри и другия персонал, ще има и фалити.

Цялото интервю на д-р Семерджиев можете да прочетете тук.

[www.clinica.bg](http://www.clinica.bg), 17.07.2019 г. ТС "www.clinica.bg" \f C \l "1"  
<https://clinica.bg/8933->

#### **БЕЗ ПОВЕЧЕ РЕСУРС СИСТЕМАТА НЯМА ДА СЕ СПРАВИ**

*Облагането с по-високи данъци на стоки, които доказано вредят на здравето, е един от възможните източници на допълнителни средства, казва Деян Денев*

#### **Мила МИШЕВА**

Здравният министър Кирил Ананиев представи официално визията си за новия здравноосигурителен модел. Той предвижда демонополизация на НЗОК, която ще се конкурира с частни фондове. За коментар по темата потърсихме Деян Денев, изпълнителен директор на Асоциацията на научноизследователските фармацевтични компании.

Трудно се коментира нещо, което е толкова общо презентирано. Представена е скица на една сложна бъдеща конструкция, като важните елементи са в детайлите свързани с това как тя ще бъде изградена. Българската здравна система има нужда от повече инвестиции. Това вече е ясно не само на все повече от участниците в нея, но и на пациентите и обществото.

Дискусията в понеделник не отговори на този въпрос

- как повече публични инвестиции ще бъдат насочени в сферата на здравеопазването, разбира се те трябва да бъдат по-ефективни и по-добре контролирани. Без повече ресурс системата няма да се справи, особено с оглед застаряващото население и намаляващата работна ръка в страната. Ресурсът може да дойде чрез увеличаване на пенсионната възраст и активно стареене. Т.е. на всички нас ще ни се наложи да работим доста по-дълго, отколкото нашите родители. За да стане това, е необходимо много по-ефективно здравеопазване, защото на първо място продължителността на живота трябва да се увеличи, за да се компенсира разликата със Западна Европа, където тя е 81 години, спрямо 74 г. у нас. Второ – нужно е по-голямата част от тези години българите да прекарват в добро здраве, за да могат да работят и да бъдат със семействата си. Всички световни анализатори отчитат проблема със застаряването в цял свят, но специално в Европа той е най-остър в България. Очаква се през следващите 20-години трудовият ресурс да намалее с 40%.

Няма да коментирам ромското население, което е трудов резерв, но не е ясно как може да бъде използван.

Ако в момента на трима човека - двама работят и съответно се осигуряват и допринасят в системата, след 20 години, на трима човека ще работи един и ще трябва да издържа другите двама. И за да бъде смекчен този демографски проблем, остаряването трябва да бъде активно и в добро здраве. Това е посоката, която следва цяла Европа. Целта в Ирландия и Великобритания е пенсионната възраст да достигне 68 години. И в тази връзка пак повтарям, че не чух отговора на въпроса как българската здравна система ще получи повече ресурс, за да може на помогне на своето население да живее по-дълго и в по-добро здраве. Напротив, това, което чух е, че настоящият ресурс ще бъде разпределен между повече от един субект. Конкуренцията сама по себе си е нещо добро, но само тя не може да реши общия проблем. Ако новият здравен модел няма ясен план откъде ще се привлече допълнителен публичен ресурс в здравеопазването, той няма да подобри достъпа, напротив, ще го влоши.

Всички мерки в тази посока биха били по-непопулярни

- увеличение на здравната вноска, задължение държавата да поема здравното осигуряване на по-малък кръг лица, което означава да го поеме друг, работодател или семейството или самите хора, когато става въпрос за държавни служители, търсене на допълнителни източници. Моделът на в Европа е солидарен, но това не означава, че няма механизми, с които хората се стимулират да живеят по-добре. Става дума за т.н. превенция. Част от тези механизми е облагането с по-високи данъци на стоки, които доказано вредят, защото тяхното потребление води до влошен здравен статус на населението и по-големи разходи за системата. Това може да са цигари, алкохол, храни с определено съдържание на сол и така да се осигурят допълнителни източници. По-добрата здравна система се гради на три ключови думи. Първата е профилактика-да се разболяваме колкото се може по-късно, но при една очаквана продължителност на живота над 60 години, колкото и здравословно да живеем, в крайна сметка някое хронично заболяване ни догонва. Втората е ранна диагностика, която също изисква инвестиции в иновации – иновативни диагностични методи, добро покритие и т.н. Третата е лечение - веднъж открито заболяването, то трябва да бъде лекувано по най-

добрия и съвременен начин, така че този човек да живее възможно най-дълго, да е в добро здраве и да допринася икономически. Няма друг път.

[www.bnr.bg](http://www.bnr.bg), 17.07.2019 г. ТС "www.bnr.bg" \f C \l "1"

<http://bnr.bg/horizont/post/101145501/uvelichavat-sas-100-leva-zaplatite-na-medicite-ot-bolnicata-v-sliven>

### Увеличават със 100 лева заплатите на медиците от болницата в Сливен

**Автор: Стоян Радев - кор. на БНР в Сливен**

Със 100 лева ще бъдат увеличени заплатите на медицинските сестри и лекари в областната болница МБАЛ „Д-р Иван Селимински“. Увеличението е от 1 юли, каза директорът на болницата д-р Васислав Петров. Той съобщи, че след разговори със стачния комитет на медицинските сестри протестът им за сега се отлага.

Д-р Петров коментира, че това е възможно най-високата сума, с която могат да бъдат увеличени заплатите в болницата:

"Надяваме се, че чрез увеличението на някои от клиничните пътеки в Здравната каса ние да имаме възможност действително да получим тези пари, за да можем да дадем тези 100 лева увеличение на сестрите и на лекарите, без болницата да изпадне в неплатежоспособност".

Във връзка с идеята за създаването на няколко Здравноосигурителни каси, д-р Петров заяви, че очаква работата на болницата да се усложни:

"Бих казал, че болницата ще работи по-трудно с няколко каси просто от административна гледна точка, че ние досега се договаряме с една каса, пращаме документация и отчети на една каса, а сега би трябвало на 4 или 5 да се пращат".

Днес по повод 140 години от създаване на областната болница бе открита паметна плоча на д-р Начо Планински - един от основателите на здравеопазването в града.

[www.banker.bg](http://www.banker.bg), 17.07.2019г. ТС "www.banker.bg" \f C \l "1"

<http://www.banker.bg/finansov-dnevnik/read/ot-edna-sergiia-pazar-shte-pravim>

### От една сергия - пазар ще правим

Всички сме против монопола на Здравната каса... пардон – каса. Но когато се заговори за демонополизация пак сме единни – против сме. Защо е това биполярно разстройство?! Защото всичко в тази държава се прави „на тупан“, без предварителни разчети, без оценка на въздействието. Всичко е движение в неясна посока и с непредвидими резултати. Развитие в условията на финансова стабилност – мехурчета в блатото.

Идеята на здравния министър Кирил Ананиев е от сергия пазар да направи.

Но! Не е редно който и да било да се произнася „за“ или „против“. Защото няма отговори на основополагащи въпроси, от които моделът зависи в голяма степен.

Опасенията на здравните застрахователи са, че на практика без каквито и да било финансови разчети се подлагат на риск частни пари. И става дума за милиони левове, каза специално за "banker.bg" бившият здравен министър и председател на Асоциацията на лицензираните дружества за доброволно здравно осигуряване - Мими Виткова, по повод на коментиранияте предложения.

Акционерният капитал при общото застраховане е 4.6 млн. лв., при животозастраховането – над 6 млн. лв. Не може всяка година да има дефицити в касата и да загиват болници, а в същото време в продължение на 30 години никой да не знае колко струва основният пакет здравни услуги и какво влиза в него, поясни Виткова.

Първото и неотменимо нещо е именно това – ясно да се определи основният пакет от здравни услуги, които би трябвало да покриват задължителните здравни вноски. След това ясно трябва да се остойности всяка услуга от този пакет – какво влиза в една клинична пътека – колко е труда, колко са изделията, които се влагат, колко са медикаментите и всичко останало. Тогава вече да видим стига ли 8-процентовата вноски за здравно осигуряване или не. Обществото трябва да има тази яснота – колко и за какво плаща. Ако осемте процента стигат – да вървим напред, казва тя.

Но след като искат да се вкарат нови дружества - фондове, а не сегашните здравни застрахователи, това значи, че нови милиони ще трябва да се изсипят за нови регистрации, обърна внимание Виткова.

Бюрократичната игра на държавата с частните фондове трябва да спре. Те започнаха като здравноосигурителни фондове, задължиха ги да се прелицензират като здравни застрахователи, а сега отново се иска от тях да се превърнат във фондове.

Но лошите вести не свършват дотук. Трябва да се изгради на национално ниво и Гаранционен фонд, какъвто има при „Гражданска отговорност“ например. Този фонд трябва да предпазва самите осигурени лица в случай на фалит на някое от дружествата. А средствата за този фонд здравните застрахователи трябва да отделят и да пратят в него от цитираните 8 процента. От здравното министерство обясняват, че НЗОК имала оперативен резерв, от който ще се плаща. Но този оперативен резерв всяка година се ликвидира, там няма натрупвания. А Гаранционният фонд трябва да е готов перманентно да защити правата на осигурените.

На второ място - всяко от дружествата, както се работи и сега, трябва да има т.нар. технически резерви. Дружествата имат плащания за в бъдеще, които се изчисляват, за да може да бъдат покрити във времето. По актюерските разчети са необходими още много средства.

Значи здравните застрахователи трябва да заделят отново от тези 8 процента и замразените пари, с които ще покриват собствените си рискове.

Но и това още не е край - от осемте процента трябва да се извадят пари за още един национален фонд – т.нар. Изравнителен фонд. За да може когато при една компания са отишли много болни, а при друга са по-здравите, в зависимост от средните разходи на едно осигурено лице при една и съща вноски „болният“ фонд да получи допълнителни пари.

Некоректно е да се внушава на хората, че няма да им се налага да доплащат, при положение че бъдат вкарани повече играчи. Отделно, че никой не регламентира за какво ще се доплаща.

Парадоксално е, че държавата с лекота плаща издръжката на един ученик например и превежда съответните пари на общините, а като опре до това колко струва един болен - не може да го изчисли. Според пазарните участници това е въпрос на елементарни сметки – те знаят колко души се лекуват и от какви диагнози... Хората по света влизат в операционната и всеки конец и всяка игла са остойности.

Предположенията на разбиращите от тези сметки е, че държавата я е страх да бръкне в тази материя, защото ще блесне истината, че с тези 8 процента разходите не могат да бъдат покрити. А за повишаване на плащаните данъци и осигуровки управляващата коалиция не иска и да чуе и бяга като дявол от тамян, дори и когато такъв ход е задължителен. Ще зейнат и пробойните в системата, за които някой трябва да носи отговорност.

Накрая – всеки фонд ще трябва да се пазари с всяка болница и с всеки лекар. Държавата не знае кое колко струва, а фондът ще трябва да се ориентира за цените ... По какво?, пита Виткова.

И какво се предлага в крайна сметка ? Здравният застраховател „Х“, ще трябва да се бръкне дълбоко, за да регистрира здравен фонд, после ще трябва да набере 500 хил. членове – осигурени... Ами ако не успее и не го лицензират? Кога и как ще връща парите на осигурените?

Дори не е ясно с какъв капитал ще бъде регистриран отделният здравен фонд. Казва се – според европейските директиви за застраховане. И толкоз.

Неслучайно двама от най-добрите экс здравни министри на България (не от тези, дето премиерът Борисов ги намира по кръстовищата ) – д-р Мими Виткова и д-р Петър Москов в един глас извикаха: „Внимание, държавата бяга от здравеопазването!“.

Чрез предложението на здравното министерство за създаване на частни фондове, които да се конкурират с НЗОК, държавата бяга от отговорността си за системата на здравеопазването. Това каза бившият здравен министър и лидер на "Консервативно обединение на десницата" Петър Москов. Според него Кирил Ананиев има желание и воля за промяна. Политическото мнозинство зад гърба му обаче - не.

"Въпросът, който убягва от общественото внимание, е кой да носи отговорността за функционирането на системата на здравеопазването. Отговорът на правителството, интерпретиран през предложенията на министерството е: "Ние предлагаме държавата да излезе от отговорността си в сферата на здравеопазването и на нейно място отговорност да носят частни фондове. Пазарът да носи отговорност за системата на здравеопазване. Това е възможно политическо решение", коментира Москов.

"НЗОК трябва да остане основният стълб на здравеопазване в държавата. Ако тя бъде заменена с много частни фондове, отговорността ще стане анонимна", предупреди още Москов.

Председателят на Българския лекарски съюз д-р Иван Маджаров изрази тревога, че с предложенията, които се обсъждат, на пациента се дава правото да избира частен фонд, но той няма да може да избира кой да го лекува, защото това право остава за фондовете. Според него трябва да има рамкови цени на дейностите в основния здравен пакет. В противен случай може да се наложи той да бъде оптимизиран. "Задължително трябва да има гарантирани цени, които са рамкови за основния пакет, които да гарантират на изпълнителите на медицински помощи, че в практиката услугите няма да паднат под тези цени. Не можем да си позволим в България да оставим отделните лекари, отделните лечебни заведения да преговарят индивидуално с мощни структури, каквито са застрахователите", обясни той.

В спора се намеси и един бивш финансов министър – проф. Христина Вучева. Очакванията за положително влияние от т.н. „разбиване на монопола на здравната каса" не само са нереалистични, но и не е направена никаква сметка за разрушителния потенциал на подобна организация. Известно е, че в цивилизованите страни правото на живот се признава на всеки и на никого не трябва да се отказва здравна помощ и здравна грижа. Това означава, че в сферата на здравеопазването не може да се разчита на невидимата ръка на пазара, на конкуренцията, и на пазарните сили. Тези констатации направи още проф. Вучева, финансист и доктор по икономика.

Според нея много по-резултатно би било реформата от началото на следващата година да започне със следните стъпки:

Първо, да се въведат законови промени и те да бъдат обявени, че договор с Касата ще сключват само non profit дружества - без значение дали са държавни, общински, или частни - достатъчно е да са юридически лица с нестопанска цел от обществена полза.

Второ, да се започне работа по обещаните през 2010 г. и 2011 г. законови промени и въвеждането на Здравна карта.

Трето, да се върне първоначалната законова конструкция за избор на управител на НЗОК от надзорния съвет на касата.

Четвърто, да се възстанови фонда за лечение на деца в чужбина.

Всъщност идеята на Ананиев има вече двегодишна давност.

Двата "качествено нови варианти за променен здравен осигурителен модел" от 2017 г. - на Горанов и на Ананиев - предлагаха нова финансова схема за допълнителни приходи в системата. Но и тогава липсваха предложения по ключовите проблеми - точен анализ на разходите с предложения за оптимизация, мерки срещу злоупотребите, актуализиране на клиничните пътеки, остойностяване на лекарския труд и още от този род. Само въвеждането на застрахователите като страна по плащанията няма да реши проблемите в системата, защото те не опират до недостига на пари, те са в липсата на адекватен контрол върху плащанията. Колкото до здравните застрахователи - те бяха и тогава единодушни, че държавата се опитва да им прехвърли риска при абсолютно неясни базови данни за състоянието на системата. Предлагаха им да скочат в басейн, в който не е ясно дали изобщо има вода, и ако има - колко е дълбока.

Ето и каква е истината: Първо, всеки от нас си плаща задължителната здравна осигуровка. Второ, НЗОК ще плаща 585 лв. (това са 85% от цената на клиничната пътека до 700 лв.). След това 15%, или около 105 лв., ще доплаща пациента. Източникът на това доплащане ще бъде или собственият му джоб, или от доброволно застраховане. И така, докато се достигне таванът от 700 лв.. След това се включват застрахователите - до нивото на истинската цена на клиничната пътека. Но има различни клинични пътеки - и на стойност до 14 хил. лв., такива за 20 хил. лева. Е, тези нива ще трябва да ги достигнем с прословутите 12 лева. Накрая - всяка болница ще си образува сама цени на клиничните пътеки - едва ли има съмнение, че вече няма да има клинични пътеки под 700 лв., защото ще са образувани свободно от болниците. Тук вече пациентът отново трябва да се намеси и сам да си плаща, или да търси доброволно застраховане. Добре, с тези 12 лв. ние ще доплащаме от 700 лв. до цената на клиничната пътека, която болницата Х определи, но в същото време изборът на екип, медицинските изделия, част от лекарствата - те не са в цената на пътеката.

За хората от бизнеса това е неприемливо. Компаниите няма как да си сметнат застрахователната премия, защото не знаят реалните цени на пътеките. В същото време Ананиев обяснява, че НЗОК ще плаща до 585 лв., което значи, че за нея риск няма. Но хората му са направили един анализ, според който тези 84% от клиничните пътеки - до 700 лв., поглъщат само 53% от разходите, които сега плаща касата. Оттук нататък от застрахователите ще се иска да плащат близо 47% от досегашните разходи. А какво става с пациентите? Те ще плащат доброволно онези 15% от цената на клиничната пътека до 700 лв. и втори път - пак доброволно - до реалната цена на пътеката, определена от болницата. А ще имат и едно задължително плащане - онези 12 лв., за които стана дума.

В кабинета "Борисов 1" финансовият министър Симеон Дянков откъсна от бюджета на Здравната каса 1.5 млрд. лв. и тези пари бяха претопени в общите финанси на държавата. Въпреки, че много бе изписано по темата, нито прокуратурата, нито т. нар. специални служби не се самосезираха и не започнаха разследване около тези пари.

А българите щат - не щат дофинансират от джоба си здравната система, т.е. вършат работата на държавата и попълват нейния дефицит със собствени пари в огромни размери. Средно по 1250 лв. годишно плаща всеки от джоба си за здраве - това става ясно от национално представително проучване на Алфа Рисърч, проведено преди година. Преките доплащания в България са 48% спрямо 15% за ЕС. Хората плащат годишно от джоба си по около 2 млрд. лева, т.е. около 30% от разходите за здраве (4.7 млрд. лв. публични средства). Над 51% от запитаните смятат, че е възможен нов модел, който да е от полза за лекарите и пациентите.



В същото време едва 6% са съгласни лично да внасят повече средства от сегашната си здравна осигуровка.

Оптимисти ли са или наивници?



ТС "В. 168 часа" \f C \l "1"

18-24.07.2019 г., с.2

**Да има ли частни здравни каси?**

**Кирил Ананиев, министър на здравеопазването: Ще се премахне непрозрачното финансиране**

Проектът на здравноосигурителен модел дава право на избор на пациента за здравен фонд и лечебно заведение, предвижда конкуренция сред осигурителите, очаква се по-добро качество на лечението, по-добър контрол върху системата, както и подобряване на профилактиката и превенцията.

Само така може да се елиминира непрозрачното и нерегламентирано заплащане на медицински услуги.

**Димитър Манолов, президент КТ Подкрепа: Създават нов бизнес за някои хора**

Да осигурим гарантиран бизнес и печалба на определени хора и да свалим политическата отговорност от политиците - горе-долу за това става дума.

Да разделим риска и доходността - рискът да остане при осигурените лица, доходността - при тези, които ще оперират под предлога да има конкуренция. Няма такова нещо. Целта на занятието е да осигурим добро здраво препитание на определен кръг хора.



ТС "В. Монитор" \f C \l "1"

18.07.2019 г., с. 10

**Алгоритъмът не взима рушвети**

Нито една здравна система не е съвършена. Това каза поредният здравен министър Кирил Ананиев в понеделник по време на поредната кръгла маса, на която за пореден път беше обсъдено бъдещето на здравеопазването в България и необходимите промени в здравноосигурителния модел. Прав е министърът. Само че проблемът изобщо не опира до съвършенството. Твърде далеч сме от него, на светлинни години разстояние. Това, от което имаме нужда, е работещо здравеопазване. За съжаление новите стари идеи на Ананиев и екипа му не само че няма да бъдат реализирани, но дори и да се случи, нищо няма да се промени. Системата е пробита на всички нива и никой от работещите в нея няма интерес дупките да бъдат запушени. Защото през тях изтичат милиони левове, които пълнят джобовете на министри, депутати, лекари, чиновници.

Ще попитате откъде идват тези пари, след като здравеопазването е вечно на минус? От данъкоплатците, разбира се. България е шампион в ЕС по преки и неофициални плащания извън задължителната здравна осигуровка. Те са три пъти над средните за съюза - 48% или близо половината от общите разходи за здравеопазване. Доплаща се за всичко -от посещение при личния лекар до преглед от специалист, за изследвания, манипулации, лекарства. Да не говорим за престоя в болница, където искат пари дори за гледане на телевизия и трябва да си носите сапун и тоалетна хартия, а ако сте тежко болен, за вас се грижат близките ви на смени. Сред богатия набор от платени услуги има

и такива, които звучат гротескно, като „Избор на екип“ или „Подобрени битови условия“ например. И това е по ценоразпис. Извън него пациентите дават различни суми на ръка, които трудно могат да се пресметнат. Офертата обикновено звучи така: „Операцията е безплатна, но трябва да оставите тук едни пари, ако желаете“. Сумите стигат до няколко хиляди лева. Това е откровен рекет, но смее ли човек да откаже?

За липсата на регистри на отделните заболявания и за милионите, които изтичат от здравната каса за скъпи лекарства, без да се държи сметка за ефекта от тях, отговорните фактори също си мълчат.

А има начин всички тези проблеми да се решат и той се прилага успешно в цивилизования свят, включително в редица европейски държави. Става въпрос за прословутото електронно здравеопазване. Само то може да обърне модела, да спести огромни средства и да намали значително корупцията в сектора. Алгоритъмът е обективен и не взима рушвети. Но сигурно точно затова съпротивата срещу него у нас е толкова голяма. Обещават ни го вече 14 години и нищо. За последно такъв обет даде през юни миналата година министър Ананиев. Между другото той е десетият на поста за този период.

„Очакваме в средата на следващата година (б.а. - юли 2019 г.) да имаме национална здравна информационна система, т.е. България да има електронно здравеопазване“, обещаха от екипа му след среща с депутати от парламентарната здравна комисия.

Явно всички са забравили. На кръглата маса в понеделник никой не постави този въпрос. Никой не попита и къде потънаха милионите, които бяха изсипали за отделни етапи от изграждането на информационната система без видим резултат. Да не говорим, че дори да има готови модули, те вече са остарели и едва ли ще влязат в употреба.

Надеждата е в Брюксел. Рано или късно оттам ще ни задължат да въведем електронното здравеопазване. Без него няма как да се свържем със системите на останалите страни членки, за което те вече работят усилено.

За съжаление обаче има още нещо, което ни спъва и пречи и с което дори Брюксел не може да се справи - нашият манталитет. За него няма и алгоритъм. Трябва смяна на чипа.